

## **ИТРАКОНАЗОЛ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛИЦА И ШЕИ**

***Валльес-Козловская В.В.***

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

Атопический дерматит (АД) – наследственное хроническое заболевание кожи мультифакториальной природы с генетически детерминированным дефицитом Т-лимфоцитов-супрессоров, одновременной блокадой  $\beta$ -адренергических рецепторов и В-зависимым IgE-глобулиновым механизмом патологических реакций. АД характеризуется возрастной вариабельностью, хроническим рецидивирующим течением, зудом, лихенификацией [1].

Вследствие обсеменения кожи вторичной флорой может возникать вторичная инфекция, что приводит к ухудшению состояния [2, 4]. Одним из наиболее часто встречаемых грибов на коже больных АД является *Malassezia*. Известно, что обсемененность *Malassezia* у больных атопическим дерматитом происходит раньше, чем у здоровых людей [3]. Чаще всего дрожжи выделяются из себорейных участков кожи (лицо, шея, верхняя часть груди и спины), что обусловлено биологическими свойствами возбудителя. Отмечено, что у пациентов с АД на лице и шее отмечаются положительные иммунологические реакции в ответ на стимуляцию антигенами *Malassezia*. При этом у пациентов, имевших более распространенное поражение, данной реакции не отмечается, и также нет положительной реакции от лечения

кетоконазолом. Исследователями было показано, что у пациентов с атопическим дерматитом уровень специфических IgE к *Malassezia* повышен у 65% по сравнению с контрольной группой. *Malassezia* также стимулирует различные протеины в зависимости от того в какой фазе – мицелиарной или гифальной находятся дрожжи [5].

Существует также перекрестная реактивность между антигенами у больных атопическим дерматитом. Пациенты, имеющие гиперчувствительность к антигенам грибов, часто имеют выраженную аллергическую реакцию на ряд других антигенов. Среди дрожжей перекрестная аллергическая реакция зафиксирована между специфическими иммуноглобулинами IgE к *Malassezia* и *S. albicans*. Для изучения гиперчувствительности к *Malassezia* используются скарификационные и аппликационные тесты, которые отражают гиперчувствительность немедленного типа (I тип аллергической реакции) и IV тип. При изучении комплекса этих тестов выяснили, что у больных АД с поражениями лица и шеи повышена гиперчувствительность к *Malassezia* (28%) по сравнению с пациентами, имеющими генерализованное поражение кожи (6%) и пациентами, имеющими другие признаки атопии (0-2%) уровень пролиферации лимфоцитов у больных АД значительно повышен по сравнению с контрольной группой ( $P < 0,005$ ) [6].

Во многих исследованиях отмечается положительный эффект кетоконазола в лечении АД с поражением лица и шеи. Целью нашего исследования было изучить эффективность итраконазола («Орунгла») как препарата, обладающего широким спектром антимикотического действия, так и противовоспалительными свойствами.

В результате исследования осмотрено 24 больных АД. Диагноз АД был выставлен в результате клинического обследования больных по совокупности больших и малых критериев. Тяжесть АД оценивалась по значениям индексов КИА, SCORAD и EASI. Результаты лечения оценивались по изменению значений данных индексов. Больные атопическим дерматитом были разделены на две группы (первая группа – 8 пациентов, вторая группа – 16 пациентов). Пациенты первой группы получали «Орунгал» в комплексной терапии, а пациенты второй группы получали традиционное лечение. «Орунгал» назначался по 100 мг два раза в день в течение 14 дней. Традиционная терапия включала десинсимилизирующую терапию, антигистаминные препараты, адсорбенты, местную терапию, физиопроцедуры. Системные кортикостероиды в обеих группах не назначались. Средний возраст пациентов первой группы составил  $23,5 \pm 7,375$  лет, а второй группы –

11,94±6,25 лет. Средняя длительность заболевания первой группы составила 21±8,25 лет, второй группы - 14,94±5,2 года.

Учитывая значение КИА, все больные были классифицированы по степени тяжести заболевания: при КИА менее 8,75 степень тяжести АД расценивалась как относительно легкая, при КИА 8,75-10,75 как среднетяжелая, более 11 – как тяжелая. Таким образом, в группе, принимающей «Орунгал», у 3 пациентов отмечалась относительно легкая форма, у 3 - среднетяжелая, тяжелая – у 2 пациентов. В контрольной группе данные значения составили соответственно: 3, 8 и 5 пациентов.

У 5 пациентов первой группы диагностирована эритематозно-сквамозная форма атопического дерматита, у 1 - эритематозно-сквамозная с лихенификацией, и у 2 – эритродермическая форма. Среди пациентов контрольной группы эритематозно-сквамозная форма атопического дерматита отмечена у 4 пациентов, эритематозно-сквамозная с лихенификацией – у 6 пациентов и лихеноидная – у 6 пациентов. До начала лечения среднее значение SCORAD в первой группе составило 50,61±15,39, во второй - 82,5±1,5. Значения EASI до лечения составили 25,25±12,22 и 41,33 ±16,44.

Эффективность лечения оценивалась по изменению индексов после лечения. В группе, получавшей «Орунгал» значения SCORAD и EASI после лечения составили соответственно 11,86±5,07 и 2,93±2,42. В контрольной группе значения SCORAD и EASI после лечения составили 53,33±12,44 и 26,0±9,2. Эффективность лечения в первой группе была оценена как достоверная по изменению индексов SCORAD и EASI ( $P<0,0001$  и  $P<0,0002$ ). Эффективность лечения в контрольной группе была ниже ( $P<0,0001$  и  $P=0,0028$ ). Сравнительная эффективность результатов лечения в обеих группах показала, что в первой группе результаты значительно лучше как по выраженности изменения значений SCORAD ( $P<0,0001$ ), так и по выраженности изменения EASI ( $P<0,0001$ ).

Таким образом, «Орунгал» может назначаться в комплексном лечении больных атопическим дерматитом с преимущественным поражением лица и шеи. Препарат хорошо переносится пациентами, не вызывает побочных реакций и приводит к выраженному улучшению состояния благодаря уменьшению обсеменения клетками дрожжеподобных грибов и противовоспалительному эффекту.

Литература:

1 Адаскевич В.П. Воспалительные кожные заболевания. Практическое руководство – Минск: ООО «Доктор Дизайн» 2003. – 120 с

2 Адаскевич В.П., Валльес-Козловская В.В. Итраконазол в лечении атопического дерматита с преимущественным поражением лица и шеи – Российская научно-практическая конференция дерматовенерологов «Санкт-Петербургские дер-

матологические чтения 15-16 сентября 2005». Материалы конференции. – Санкт-Петербург, 2005 – С. 4.

3 Арзуманян В.Г. Грибы *Malassezia* на коже здоровых людей и больных атопическим дерматитом // Вестник РАМН. – 2001. – №2. – С.29-31.

4 Veien N.K. Atopic dermatitis. – „Leo Pharma“ – 2005. – P. 120.

5 Rokugo M., Tagami H., Usuba Y., et al. Contact sensitivity to *Pityrosporum ovale* in patients with atopic dermatitis. // Arch Dermatol. – 1990. – Vol. 126 – P. 627–632.

6 Young E., Koers W.J., Berrens L. Intracutaneous test with *Pityrosporum* extract in atopic dermatitis // Acta Dermato-Venereol. – 1989. – Vol. 144. – P. 122–125.